Ein Fall von
Impetigo herpetiformis.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 14. JULI 1893

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Johannes Breier

aus Berlin.

OPPONENTEN: Herr Hans Wendler, Dr. med.
„ Hermann Franke, prakt. Zahnarzt.
„ Hans Gust, cand. med.

BERLIN
C. VOGT'S BUCHDRUCKEREI (E. EBERING)
Linkstrasse 16.

Meinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535713_0229

Seitdem Hebra im Jahre 1872 in einer hochinteressanten Abhandlung „über einzelne während der Schwangerschaft, dem Wochenbette und den Uterinalkrankheiten zu beobachtende Hautkrankheiten [1])“ als erster die I. h. beschrieben hat, eine „krankhafte Proruption an der allgemeinen Decke“, von der mehrere Fälle im Verlaufe der Zeit im Wiener Allgemeinen Krankenhaus beobachtet worden waren, hat sich die Literatur über dieses Leiden hauptsächlich in neuester Zeit vermehrt. Trotzdem ist es noch nicht gelungen, weder die Anatomie noch die Ätiologie der I. h. sicher zu stellen; auch schweben noch einige andere Punkte über diese Affection im Dunkeln.

Um nun zunächst Hebra's Definition dieser schweren pustulösen Hautkrankheit zu geben, so sagt er: „Es ist dies eine Proruption von mit Eiter gefüllten, stecknadelkopfgrossen Bläschen, also Pusteln, welche sich sowohl durch ihren gleich bei deren Entstehen bemerkbaren eitrigen Inhalt, als durch ihre Anreihung, Gruppierung und periphere Ausbreitung besonders charakterisieren.“

Als fernere Kennzeichen beschreibt er das Auftreten der ersten Efflorescenzen namentlich in der Crurogenitalregion, ihre kreisförmige Anordnung, den Eintritt von Schüttelfrösten vor jedem neuen Ausbruch von Pusteln, den fieberhaften Verlauf und das

---

[1]) Wiener medicinische Wochenschrift, 1872. No. 48.

gänzliche Darniederliegen der Kräfte. Bei seinen fünf bis dahin beobachteten Fällen „vermehrte sich binnen wenigen Tagen die Anzahl der Gruppen, erweiterten sich die Kreise, es kamen immer neue vereinzelte Pusteln zum Vorschein, so dass nach und nach der ganze Körper, selbst der behaarte Kopf mit solchen Pustelgruppen übersäet erschien. Während die im Centrum der einzelnen Gruppen gelegenen Pusteln zu flachen, dunkelbraunen Borken vertrockneten, entwickelten sich im Umkreise stets neue mit gelber eitriger Flüssigkeit gefüllte Efflorescenzen und ahmten somit das Bild eines Herpes iris oder circinnatus nach. Da jedoch nicht Bläschengruppen wie bei den benannten Herpesformen, sondern sofort Pusteln den Beginn der Erkrankung kennzeichneten, desgleichen kein acuter Verlauf, sondern stets neue Ausbrüche das in Rede stehende Übel charakterisierten, so konnte Hebra, wie er sagt, dasselbe trotz der sehr bestechenden Zeichnung nicht unter das Genus Herpes subsumieren, sondern er musste demselben den Namen einer Proruption von Pusteln geben“; er erkannte es also als eine Art von Impetigo an, bei welcher die Gruppierung der Pusteln in Kreisform, wie bei Herpes circinnatus, auftritt: und so wählte er die Bezeichnung Impetigo herpetiformis.

„Im ferneren Verlauf der Krankheit stellten sich bei den beobachteten Fällen einzelne Varianten ein: So dauerten bei drei Individuen die Nachschübe mit geringerer oder grösserer Raschheit bis an deren Lebensende ununterbrochen fort, während bei den beiden anderen nach mehrwöchentlichem Bestande der Pustelgruppen und -Kreise sämtliche Efflorescenzen vertrockneten, und die endlich abgefallenen dicken Borken gesunde, allenfalls stärker pigmentierte Hautstellen hinterliessen.

Bei einigen dagegen vertrockneten die Pusteln nicht an allen Hautstellen, sondern es wurde die epidermidale Pusteldecke zu einem grauen stinkenden Brei erweicht, der, besonders an den Beugen der Gelenke, auf einer roten, nässenden Basis auflagerte und dem

Krankheitsbilde ein ekzemartiges Aussehen verlieh. Nie traten jedoch Ulcerationen auf, sondern es blieb entweder bei diesem Ekzembilde, oder es vertrocknete das krankhafte Secret — aus Epidermis, Blut und Eiterelementen nebst reichlichem Fett bestehend — zu verschieden farbigen Borken,unter welchen sich die normale Epidermis restituierte."

In allen 5 Fällen führte die Krankheit zum Tode; selbst der Fall, von dem Hebra nach wiederholten Recidiven Heilung berichtet, verlief später letal.

„Die Darmentleerungen waren meist vermehrt, einmal auch mit Blut gemengt; der Urin stets sauer, auffallend dunkel gefärbt, einzelne Eiterkörperchen, viel Harnstoff, aber kein Eiweiss enthaltend.

Von den 5 beobachteten Individuen hatten 3 erst unlängst, 2 bis 5 Wochen vor ihrem Eintritt ins Krankenhaus, geboren, 2 kamen im letzten Schwangerschaftsmonate zur Behandlung; es blieben die Erscheinungen an der Haut sowohl vor als nach der Entbindung die gleichen, und letztere alterierte nicht den letalen Ausgang.

Die vorgenommenen Sectionen liessen keine sichere Ursache des Todes erkennen. Puerperale Processe konnten nicht nachgewiesen werden. In Hinsicht der veranlassenden Ursachen gaben weder die Beschäftigung und Lebensweise, noch Constitution der Kranken oder vorangegangene anderweitige Leiden irgend einen Anhaltspunkt. So viel konnte man mit Sicherheit feststellen, dass Erscheinungen der Syphilis in keinem Falle vorhanden waren.

Bei dem Mangel anderer ätiologischer Momente und in Berücksichtigung des Umstandes, dass alle 5 beobachteten Fälle bei Graviden und Puerperis — und nur bei solchen — vorkamen; endlich in Erwägung, dass auch anderweitige Hautkrankheiten, z. B. Acne, Rötung der Nase, Ekzeme, Pruritus, Erytheme, Urticaria und Pemphigus, während der Schwangerschaft und des Wochenbettes zur Beobachtung kommen, glaubte Hebra die erwähnten Fälle von I. h. als durch krank-

hafte Veränderung im Genitalapparate des Weibes begründet zu sehen."

Da diese Krankheit in Frankreich, England und Amerika anscheinend gänzlich unbekannt war und da die grössten Meinungsverschiedenheiten sogar in Wien bestanden, wo competente Beobachter nicht einmal derselben Ansicht über die Krankheit und ihre Klassifikation waren, trat in der Folgezeit grosse Verwirrung ein; man suchte nicht nur nähere Beziehungen zu ähnlichen Krankheitsbildern festzustellen, sondern schuf auch bei dem Streben, die dunklen Punkte der I. h. Hebra aufzuhellen, eine ganze Reihe neuer Namen, sodass es kaum Wunder nehmen kann, wenn Stephan Mackenzie[1]) am 29. Nov. 1886 der Londoner medicinischen Gesellschaft einen Fall von polymorphem, vesiculobullösem Erythem vorlegt, bei dem jede Functionsstörung fehlte, und welchen er zur Dermatitis herpetiformis Duhring's rechnet; er bemerkt dazu, dass Hydroa der Schwangeren und I. h. Hebra als Varianten dieses von dem amerikanischen Dermatologen aufgestellten Krankheitstypus gelten mussten.

Um nun noch an einem Beispiel zu zeigen, wie weit das Streben ging, verschiedene Hautkrankheiten als eng zusammengehörig hinzustellen, so hält Robinson [2]) einen seiner beobachteten Fälle für verwandt mit dem von Wilson als Herpes circinnatus bullosus, von Hardy als Pemphigus pruriginosus, vonMilton wie von Bulkley als Herpes gestationis, von Chausit als Pemphigus aigu pruriginosus, von Devergie als Pemphigus composé, von Rayer als Pemphigus circinnatus, von Gibert als Herpes phlyctaenodes, von Klein als Pemphigus und endlich von Hebra als I. h. beschriebenen. — Hieraus erhellt, dass unsere in Frage kommende Erkrankung eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Herpes und Pemphigus haben muss; und in der That ist eine solche auch vor-

---

[1]) S. Monatshefte für prakt. Derm. von Unna, 1888.
[2]) Archiv f. Derm. u. Syphilis, 1889. S. 664.

handen. In Folge dessen bietet sich die Möglichkeit einer Verwechslung oder Identificierung um so leichter, je mehr in dem betreffenden Falle Symptome in den Vordergrund treten, die den genannten Krankheitsformen gemeinschaftlich sind.

Wie Neumann, der in den späteren Jahren die Bezeichnung I. h. aufnahm, bei seinen ersten Namenswahlen (Herpes pyaemicus s. puerperalis), sich durch die äussere Aehnlichkeit mit Herpes hatte bestimmen lassen, so war Auspitz durch die Beobachtung der den Process complicierenden papillären Wucherungen zu der Bezeichnung „Herpes vegetans" verführt worden, nachdem er denselben Process vorher als „Herpes impetiginosus" bezeichnet hatte. Neben den beiden genannten Autoren hatte noch Geber bereits vor dem Erscheinen der Abhandlung Hebra's über unsere seltene Erkrankung Einiges veröffentlicht, wobei die Ersteren die charakteristischen Symptome angaben, während Geber nur den beobachteten Fall beschrieb, ohne für die Charakteristik Wesentliches zu bringen, und sich bemühte die Herpesnatur der I. h. zu beweisen. Da diese drei Autoren mehrere Originalfälle Hebra's unter verschiedener Bezeichnung publiciert hatten, so wurde der Gegenstand natürlich dadurch nicht aufgehellt.

Es begegnet uns nun, wie gesagt, eine ganze Reihe von Namen in der Literatur für Krankheitsbilder, die einen ähnlichen Symptomencomplex zeigen, wie die I. h. Dieselben sind in einer von du Mesnil und Marx verfassten Abhandlung[1]) kritisch gesichtet, und so verweisen wir auf dieselbe, ohne hier alle jene Fälle ebenfalls aufzuzählen, von denen nicht einer in das klinisch fest umrahmte Bild der I. h. hineinpasst. — Zeislers Fall, über den derselbe in der Section für Dermatologie und Syphilis auf dem IX. internationalen Kongress zu Washington Vortrag gehalten hat, wird zwar von du Mesnil und Marx für einen ausgeprägten Fall von Impetigo

---

[1]) Archiv f. Derm. u. Syphilis, 1889, S. 657 u. ff.

herpetiformis gehalten, verliert jedoch durch die Auseinandersetzung von Duhring[1]) gänzlich die Berechtigung, den Fällen dieser Hautaffection zugezählt zu werden.

Am meisten von allen Autoren beschäftigte sich wohl Duhring mit der I. h. Hebra, indem er in einer seit dem Jahre 1884 fortlaufenden Reihe von Aufsätzen[2]) sich bestrebt, diese Krankheit als eine blosse Variante, und zwar die pustulöse („a pustular variation") seiner Dermatitis herpetiformis hinzustellen. Leider trug auch er nicht zur Klärung der strittigen Fragen bei, zumal seine Dermatitis herpetiformis ein Conglomerat verschiedener Krankheiten ist, wobei die Charakteristika der hier in Betracht kommenden Prozesse gegen einander abgeschwächt wurden.

Um nur an einem Beispiel zu zeigen, wie er die wohlcharakterisierte I. h. gegen seine Dermatitis herpetiformis eintauschen will, so hält Duhring[3]) folgenden Fall für den Typus der pustulösen Abart derselben, d. h. für die I. h.: „Eine Frau von 32 Jahren ist seit 8 Jahren mit einem sehr juckenden Ausschlag behaftet; es bestehen über den ganzen Körper Vesikeln, Blasen, Pusteln, die durcheinander in verschiedenen Schüben auftraten, indem das eine Mal Vesikeln und Blasen, das andere Mal nur Pusteln erscheinen u. s. w.; häufig bildet auch der Ausschlag Figuren, indem um eine primäre centrale Pustel sich nachträglich kleinere herum gruppieren. Bisweilen, namentlich während der Schwangerschaft, verschwindet der Ausschlag ganz."

Wie aus diesem Fall, so geht auch klar aus anderen Arbeiten Duhring's[4]) hervor, dass er Processe,

---

[1]) Monatshefte f. praktische Derm. v. Unna, 1890. No. 6.

[2]) Dermatitis herpetiformis: its relation to so-called Impetigo herpetiformis. The Amer. Journ. of medical sciences, Okt. 1884 u. m. A. gleichen Inhalts.

[3]) Journal of Cutaneous and Veneral Diseases. Aug. 1884. No. 8.

[4]) z. B. „Dermatitis herpetiformis" im Journ. of the Amer. Med. Assoc. August 30, 1884.

die nur durch Erytheme und Blasen charakterisiert sind, die er ebenso oft bei Männern, wie bei Frauen angetroffen, die durch viele Jahre in sich wiederholenden Ausbrüchen auftraten, also durchweg Formen, denen die wesentlichsten Merkmale der I. h. abgehen, mit dieser und untereinander identisch und als Formen der Dermatitis herpetiformis darstellt.

Um unter solchen Umständen endlich eine Klärung herbeizuschaffen, hielt es Kaposi für gerechtfertigt, der inzwischen ebenso wie Hebra, Auspitz und Neumann die I. h. in sein Lehrbuch aufgenommen hatte, in einem längeren Aufsatz [1]) nicht nur ein Wort für die Erhaltung des von Hebra definierten Krankheitsbildes einzulegen, sondern auch dasselbe noch zu erweitern und die Richtungen anzugeben, nach welchen die Auffassung sich leicht verwirrt hatte.

Er sagt daselbst: „Zunächst müsse festgehalten werden, dass in dem Namen „I. h." unverrückbar die Charaktere ausgedrückt sind, welche einer Eruption eigen sein müssen, wenn sie als diesem eigentümlichen Processe entsprechend betrachtet werden soll. „Impetigo" bedeutet Pusteln, d. i. mit Eiter gefüllte Efflorescenzen; „herpetiformis" soll aber, wie in der ursprünglichen Beschreibung von Hebra ja hervorgehoben wurde, nur ausdrücken, dass die eitrigen Efflorescenzen gleichwie beim Herpes angeordnet sind, d. i. in Gruppen und Streifen, und dass die Eruption gleichwie bei Herpes bei centraler Involution peripher fortschreitet. Es wäre also vielleicht noch besser gewesen, von vornherein „Impetigo circinnata et Iris" zu sagen, denn dann wäre vielleicht die Vorstellung eines „Herpes" garnicht aufgekommen, und es sollte ja nur die Art der Anordnung und Ausbreitung ausgedrückt werden. Mit Herpes hat aber die Impetigo garnichts gemein, denn zum Begriff Herpes gehören acut auftretende, in Gruppen und

[1]) Vierteljahrsschrift für Derm. u. Syph. 1887, S. 273. u. s. f.

Kreise gestellte „Bläschen“, d. i. mit klarem Serum erfüllte, durchsichtige Efflorescenzen, die erst nach Stunden und Tagen trübe, eitrig werden, zugleich mit dem Eintritte der anderen Zeichen der Involution. Auch der Pemphigus erscheint oft nur in der Formation kleiner gruppierter Bläschen, nach deren Verkrustung und Abstossung durch peripheren Anschub erst circinnäre und später grosse Felder roter oder pigmentierter Haut umkränzende serpiginöse Bläschensäume entstehen. Und zwar tritt bei manchen Personen der Pemphigus von Haus aus in dieser Form auf, oder nur in manchen Nachschubs- oder Recidivperioden, während in anderen Perioden die grossen Blasen des Pemphigus vulgaris da sind.“

Als Haupteigenschaften des Ausschlags kennzeichnet Kaposi:

1. miliare, primär als solche auftauchende, oberflächliche, d. i. Epidermoidalpustelchen,
2. derartige Pusteln bilden sich während der ganzen Dauer der Krankheit und an jeder Eruptionsstelle in der gleichen Form beständig neu,
3. sie sind immer in Gruppen oder Haufen angeordnet,
4. dieselben Efflorescenzen erscheinen in Nachschüben an der Randpartie eines älteren confluierenden oder verkrustenden oder sich ablösenden Herdes in ein- und mehrfacher Reihe auf entzündlicher Basis, während im Centrum sofort oder nach kurzem Stadium des Nässens Ueberhäutung stattfindet und niemals Ulceration und Narbenbildung.

Seit dem Erscheinen der Abhandlung von Hebra waren an der Wiener Klinik 7 neue Fälle von I. h. bei Weibern beobachtet worden, welche ebenso wie die früheren ausschliesslich in der Gravidität oder im Puerperium sich befanden; ferner zeigte sich auch das begleitende, durch Schüttelfröste markierte Fieber, dann die Localisation an gewissen Prädilectionsstellen, wie Innenfläche der Oberschenkel, Mammae, Mundschleim-

haut u. A. und endlich der — mit einer Ausnahme — beim ersten Ausbruch oder bei Recidiven beobachtete letale Verlauf.

„Obgleich nun alle diese Momente mit zur Charakteristik des Krankheitsbildes der I. h. gehören, so sind einzelne derselben in vielen Beziehungen nicht constant nach der Zeit oder Intensität etc. Selbst das nosologisch sicherlich wichtigste, weil höchst wahrscheinlich in der Ursache wurzelnde Moment der Krankheit, das ausschliessliche Vorkommen bei Schwangeren und Wöchnerinnen kann fehlen", wie der Fall von I. h. in mare beweist, welchen Kaposi am Schluss seiner Arbeit als 13. aufführt und ausschliesslich beschreibt.

Der Patient, ein etwa 20jähriger Tagelöhner, wurde am 24. April 1884 aufgenommen und zuerst auf Intertrigo und Ekzema scroti behandelt. Die Krankheit hatte sich während einiger Tage von der Tiefe des Leistenbuges nach der vorderen und inneren Schenkelfläche und nach hinten gegen die Crena ani ausgebreitet und charakterisierte sich durch Rötung und mässige Schwellung der Haut, die stellenweise nässte, oder mit dünnen lamellösen Krusten besetzt war, gegen die gesunde Haut der Nachbarschaft aber sich durch einen fingerbreiten roten Saum scharf abgrenzte, auf welchem in mehrfachen Reihen, dicht gedrängt, hirsekorn- bis stecknadelkopfgrosse, mit citrigem Inhalt gefüllte Bläschen, Pustelchen, standen.

In den folgenden Tagen, während welcher Zeit das Sensorium zeitweise benommen, die Reflexerregbarkeit herabgesetzt, wenn nicht ganz erloschen war, breiteten sich die charakteristischen Formen auch auf die Extremitäten aus, es trat zugleich Erbrechen einer galligen Flüssigkeit auf; der Harn zeigte Eiweiss in geringer Menge, relativ viel Indican. An den dem Druck ausgesetzten Stellen wurde die aus confluierenden Pusteln entstandene Decke abgehoben; an einzelnen Stellen waren streifenförmige, von einem roten Halo umsäumte Kratzeffecte wahrzunehmen. Später traten

die gleichen Efflorescenzen auch vereinzelt an der Streckseite des Oberschenkels auf und ferner an Bauch-, Schulter- und in der Nabelgegend, indem sich die charakteristischen, kreisrunden kirschkerngrossen Plaques mit centraler Borke, dem Pustelkranz und dem umsäumenden Hofe bildeten.

Das Wachstum geschah durch das peripherische kreisförmige Weiterschreiten des Pustelkranzes, wobei, wie schon erwähnt, im Centrum Borken entstanden. — Nach ungefähr einer Woche traten auf den älteren Excoriationen neue, stecknadelkopfgrosse Pusteln „im Kreise oder dicht gruppiert" auf. Zugleich entstanden Nachschübe an der Innenseite beider Oberschenkel, im Penisscrotalwinkel durch peripherische Ausbreitung der Rötung, die nun mit stecknadelkopfgrossen Pusteln bedeckt war. Unterdessen gesellten sich Symptome einer beginnenden Pleuritis hinzu. Eiweiss- und Indicangehalt des Harnes waren bedeutend vermehrt. Ferner trat im Gesicht und am Stamm eine Urticaria-Eruption auf, ebenso Erythem der Fusssohlen und des inneren Fussrandes, das sich in kurzer Zeit rückwärts bis zu den unteren Schulterblattwinkeln erstreckte. Auf der Haut des Gesichts begann die Rückbildung des Processes, während noch Bauch- und Thoraxhaut vollständig occupiert waren. Patient musste schliesslich wegen drohenden Decubitus ins Wasserbett transferiert werden. Am folgenden Tage waren alle Eiterpusteln sowie die Urticaria geschwunden; an den Stellen, wo die einzelnen Plaques noch deutlich zu erkennen waren, ist nur eine rote, der obersten Epidermisschichten beraubte Fläche zu sehen. Doch schon am nächsten Tage traten von neuem grieskornähnliche, dicht gedrängte, teils peripherisch stehende, zum Teil aber auch die Area der früheren Fläche einnehmende Pusteln auf; besonders charakteristisch an den vom Wasser stets bespülten Partien. Die Temperatur schwankte immer zwischen 37° und 39°; die Krankheit selbst war von stetem Jucken begleitet. Am 22. Mai, also 4 bis 5 Wochen nach Beginn des Leidens trat unter Collaps der Exitus letalis

ein. Die Obduction ergab ausser der I. h.: Tuberculosis peritonei cum peritonitide perulenta; Ulcera impetiginosa oesophagei; Oxycephalia; Osteophytes ad superficiem internam cranii; Hydrocephalus chronicus.

Durch die hervorragendste Erscheinung des eben geschilderten Krankheitsfalles, nämlich durch „die von Anbeginn bis zum Lebensende stetig und unter Fieberparoxysmen sich wiederholende Eruption von circinnär fortschreitenden Plaques miliarer Pustelchen auf entzündeter Basis" hat sich derselbe in Uebereinstimmung erwiesen mit den bis dahin beobachteten Fällen von I. h. schwangerer und puerperer Frauen. Eigentümlich waren diesem Falle: Die Erytheme, Urticaria und das heftige Jucken, ferner die Störungen der Hautinnervation, die tonischen und clonischen Krämpfe, das Erbrechen, die Tuberculose des Bauchfelles und die Verklebung der Rückenmarkshäute, welche sich bei der Obduction ergab und die auf eine vorausgegangene Meningitis spinalis zurückgeführt werden musste.

Der Gedanke an einen pyämischen Process lag nahe und hat. wie Kaposi glaubt, auch Neumann zu dem Namen Herpes pyaemicus geführt, umsomehr, „als in der Gravidität und dem Puerperium der ausschliesslich von diesem Process betroffenen Personen anatomische Ursachen dafür am leichtesten supponiert werden konnten." — Doch sind nur in zwei Fällen Gründe für die Annahme eines pyämischen oder septicämischen Processes gefunden worden: in dem einen Falle, in welchem die Patientin während eines Recidivs starb, Septicaemie mit acuter Schwellung der Milz auf das Vierfache aus jauchig-eitriger Endometritis, und in dem andern: Endometritis, Oophoritis, Metrosalpingitis, Peritonitis. Trotz dieser geringen Zahl von Obductionsbefunden erklärt sich Kaposi mit Rücksicht auf die pustulöse (eitrige) Beschaffenheit der Efflorescenzen doch für geneigt, die I. h. als einen pyämischen Process zu betrachten. Er constatiert ferner, dass bei den meisten der beobachteten Patienten ein vorgeschrittener Morbus

Brightii vorhanden gewesen ist, der sich jedoch im Verlauf der I. h. entwickelt zu haben scheint.

Vergleicht man nunmehr die Bilder, wie sie uns jene von den Amerikanern als Dermatitis herpetiformis beschriebenen Fälle bieten, mit den ven Kaposi scharf angegebenen Kennzeichen der I. h., so gelangt man zu der Ueberzeugung, dass zwar einzelne Symptome, wie die ringförmige Ausbreitung, die zurückbleibende Pigmentierung, das Fieber u. s. w. bei einzelnen Fällen der Dermatitis Duhring's vorhanden sind, dass dagegen die hauptsächlichsten Punkte, worauf sich die Diagnose stützt, fast bei allen fehlen oder nur als nebensächlich erwähnt werden.

Wie Kaposi durch seine Abhandlung Licht über unsere Dermatose brachte, so schuf auch Brocq[1]) Klarheit und trat energisch für die Selbständigkeit der I. h. Hebra ein. „Der Ausdruck Dermatitis herpetiformis scheint ihm ein Gattungsname zu sein und eine Summe von Fällen zu bezeichnen, die wohl einige gemeinsame Eigenschaften haben, aber in verschiedene Abteilungen kategorisiert werden müssen." Da die I. h. sehr häufig einfach mit dem Herpes gestationis identificiert oder doch wenigstens in nahe Verwandschaft gebracht war, so erörtert er die Beziehungen beider Dermatosen zu einander und sagt, indem er erstere genau wie die Wiener Dermatologen charakterisiert, von dem Herpes gestationis, dass er an den Extremitäten, namentlich an den Armen beginne, sich durch unerträgliches Jucken ankündige, ein polymorpher Ausschlag sei (nur dass die Blasen selten vereitern), den übrigen Organismus nicht in Mitleidenschaft ziehe und stets günstig verlaufe. Hieraus ersieht man also, dass es zwei grundverschiedene Schwangerschaftskrankheiten sind, die nichts mit einander gemein haben.

In der am 7. August abgehaltenen Sitzung des Internationalen Kongresses für Dermatologie und Syphi-

[1]) Traitement des maladies de la peau par le Dr. Brocq.

lographie, in Paris 1889, lass Brocq einen Brief des durch Krankheit am Erscheinen verhinderten Duhring vor, worin derselbe seinen Standpunkt der von ihm beschriebenen Affection gegenüber insofern modificiert, als er erklärt, nach der neuesten Beschreibung Kaposi's die I. h. nicht mehr zu derselben zu zählen.

Bald darauf schrieb Duhring eine Abhandlung „Ueber die Beziehung zwischen I. h. (Hebra und Kaposi) und Dermatitis herpetiformis (Duhring)[1]", in welcher er die Gründe klarlegt, in seinen früheren Artikeln Hebra's I. h. als eine Erscheinungsform eines besonderen Processes mit dem Namen Dermatitis herpetiformis bezeichnet zu haben. Er hatte nämlich bei einer Frau eine pustulöse Eruption beobachtet, welche innerhalb von 6 Monaten verschwand, um jedoch von einem durchaus verschiedenen dermatologischen Bilde ersetzt zu werden. — von einer polymorphen, gemischt vesiculären und bullösen, entzündlichen, herpesartigen Eruption, verbunden mit starkem Brennen und Jucken, also von der typischen Form der Dermatitis herpetiformis. In der Folgezeit kehrte die frühere, impetiginöse - pustulöse Form wieder zurück, und zwar genau in derselben Weise wie zuvor; und während des nächsten Jahres wurde die Eruption wieder vesiculär und bullös. Später kamen ihm noch andere ähnliche Fälle zu Gesicht, die ihn in seiner Ansicht bestärkten. Durch die wertvolle Arbeit Kaposi's sei er in den Stand gesetzt worden, zu erkennen, was derselbe als I. h. angesehen wissen wolle. Duhring giebt zwar zu, dass, wenn Kaposi's Definition angenommen und nur auf solche Fälle, wie sie letzterer referiert, beschränkt wird, es alsdann fraglich ist, ob die Krankheit als eine Varietät der Dermatitis herpetiformis angesehen werden soll; aber er wirft die Frage auf, ob Kaposi's Definition weit genug sei und auch alle Krankheitsformen einschliesse, ob nicht auch geringe Abweichungen möglich wären, ob z. B. die Pusteln

[1]) s. Monatshefte f. prakt. Derm. v. Unna, 15. III 90.

immer — von Anfang bis zu Ende — miliar seien und nicht an Grösse schwanken, insbesondere nicht beträchtlich umfangreicher sein könnten? Ob er mit seiner ersten Anschauung Recht oder Unrecht hätte, hänge in Folge dessen hauptsächlich von der Definition ab, welche der I. h. zuerkannt wird. „Eine Ausbreitung entwickelt sich früher oder später in beinahe allen Fällen; damit aber gar keine Schranke den Fortschritt hemme, hält es Duhring für vorteilhafter, wenigstens vorläufig die Krankheiten zu trennen und in Zukunft die Beobachtungen unter der einen oder anderen Bezeichnung mitzuteilen, je nachdem sie mit den klinischen Thatsachen des Falles am besten harmonieren."

Und dass Duhrings Vorschlag, die Definition der I. h. nicht zu eng zu fassen, mit einem gewissen Recht gemacht war, ersieht man aus dem von du Mesnil und Marx beobachteten Fall[1]), in welchem der Umfang der mit Eiter gefüllten Pusteln von Hirsekorn- bis Linsengrösse schwankt. Hatte doch Kaposi von „miliaren" Pustelchen bei Aufstellung der Haupteigenschaften des Ausschlags gesprochen, welche sich während der ganzen Dauer der Krankheit und an jeder Eruptionsstelle in der gleichen Form beständig neu bilden! Trotz dieser Abweichung ist jener Fall als ein einschlägiger zu betrachten und verdient mehrerer interessanter Punkte wegen eingehender besprochen zu werden.

Patientin, eine 30jährige Frau, wurde am 25. Juli 1888 in das Juliusspital zu Würzburg mit einem bereits zwei Wochen bestehenden Ausschlag aufgenommen, an dem (verbunden mit einem Gewächs im Unterleibe) ihre Mutter gestorben sein soll. In ihrem vierten Lebensjahre überstand P. die Masern, im 6. Jahre Scharlach; menstruiert wurde sie vom 13. Jahre an stets regelmässig; vor 2½ Jahren gebar sie ihr einziges Kind, welches völlig gesund ist.

[1]) s. Archiv für Dermatologie u. Syphilis, 1889. S. 673 u. ff.

Bei ihrer Aufnahme machte P. folgende Angaben: Vor 14 Tagen traten an Leib und Genitalien Blasen auf, die sich fortwährend vermehrten, ihr aber, abgesehen von geringem Brennen, keine Beschwerden verursachten; es seien dann öfter heftige Schüttelfröste dazugekommen, verbunden mit starken Kopfschmerzen und zeitweisem Erbrechen, der Appetit sei geschwunden, der Stuhlgang unregelmässig; auch beunruhige sie stark in der letzten Zeit häufiges Herzklopfen und Schlaflosigkeit.

Status beim Eintritt am 25. VII 1888: Hautfarbe der gracilen P. ist blassgelb. Panniculus sowie Muskulatur schlecht entwickelt. Geringer Strabismus divergens, besonders des rechten Auges. An den äusseren Genitalien und den Genitocruralfalten ein Ausschlag, der sich charakterisiert durch eine mit schmierigen, teils graulich, teils bräunlich, teils grünlich bis schwefelgelb aussehenden, sehr übelriechenden Massen bedeckte Fläche, deren Ränder unregelmässig begrenzt, sich scharf gegen die Umgebung absetzen und von einem intensiv roten Hof umgeben sind, auf dem sich rings herum stecknadelkopf- bis linsengrosse, teils in Gruppen, teils isoliert stehende, gelbe Efflorescenzen befinden. Dieselben stellen sich teils als echte Pusteln mit rahmigem Inhalt und centraler Delle dar, teils machen sie den Eindruck luetischer, mit diphtherischem Belage versehener Papeln. Nach Entfernung der sehr übelriechenden Krusten und Detritusmassen tritt eine glänzende, mit klebriger Flüssigkeit bedeckte, hochrote Fläche zu Tage, welche das Aussehen eines Ekzema madidans bietet. Gegen den Oberschenkel zu, ebenso wie am Abdomen und in der Kreuzbeinlendenwirbelgegend befinden sich die gleichen Efflorescenzen, jedoch in geringerer Anzahl und mehr zerstreut, jedesmal von einem roten Hof umgeben. Aehnliche Pusteln an Kniebeuge und Ellenbogen, an der Kinnhalsbeuge, am Kinn und Mundwinkel, an dem einzelne schmerzhafte Rhagaden zu sehen sind. Starker Foetor ex ore; auf der Wangenschleimhaut einzelne bohnengrosse

Plaques von unregelmässiger Begrenzung, mit grauweissem, stinkendem Belag bedeckt, nach dessen Entfernung eine intensiv gerötete Schleimhaut zu Tage tritt. Auf der rechten Tonsille eine circumscripte gelbe, detritusähnliche Masse von Linsengrösse. Inguinal- und Submaxillardrüsen geschwellt, schmerzhaft, nosst nirgends Drüsenschwellungen nachzuweisen. An den inneren Organen keine Abnormitäten. Urin eiweiss- und zuckerfrei, Temperatur 37.8°, Puls 115, Körpergewicht 40.6 kgr.

28. Juli: Unter Puderbehandlung sind die Pusteldecken und Beläge an den Genitocruralfalten und in der Inguinalgegend zu graugrünen Borken eingetrocknet, dagegen haben sich die Efflorescenzen in der Peripherie vermehrt: zugleich ist ein Gefühl von Kribbeln in den Händen und Zehen aufgetreten; Prüfung der Sensibilität, des Druck- und Temperatursinns, sowie der Reflexe ergeben normale Verhältnisse. Temperatur 37.9°.

30. Juli: P. klagt über starke Kopfschmerzen, intensives Brennen im Munde: der Process an der Haut sowohl wie auf der Mundschleimhaut hat sich noch weiter verbreitet und erzeugt einen abscheulichen Geruch, der an den ulcerierender luetischer Papeln erinnert. Da der Ausschlag auf der Haut der Patientin starke Beschwerden verursacht, so werden protrahierte Bäder, in der Zwischenzeit ein Salbenverband verordnet. Zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken antiluetische Kur mit J K. und Injectionen von Oleum cinereum 0.15 pro dosi. Temperatur 37.8°.

Der Process breitet sich allmählich immer mehr aus: hauptsächlich sind die Inguinalfalten mit dicken, grauweissen Plaques bedeckt. Ausserdem an der Vulvarschleimhaut und den kleinen Labien ähnliche, sehr schmerzhafte Eruptionen, wie im Rachen. Temperatur schwankt zwischen 37.9° und 37.6°. Die ältesten Efflorescenzen, die nicht confluiert sind, sind abgeheilt und haben einen braunroten, im Niveau der Haut liegenden Fleck an ihrer Stelle hinterlassen.

10. August: Temperatur 38.2°; heftiger Kopf-

schmerz; etwas Benommenheit des Sensoriums; über Nacht sind, besonders entlang der Wirbelsäule, neue Pusteln aufgetreten. Harnmenge 800; keine abnormen Bestandteile. Fieber geht zurück. Subjectives Befinden gut. Seit einiger Zeit permanentes Bad tagsüber. Morphium. Hg-Behandlung ausgesetzt. Im Munde sind die gelblichen Plaques auch auf die hintere Pharynxwand übergegangen; Pinselung mit Acid. hydrobromic.

29. August: 9 Uhr Vormittags: Schüttelfrost; Temperatur 39.0°; starke Atemnot, Angstgefühl; Puls klein, sehr beschleunigt, 140. Einziehung der unteren Thoraxpartien; Cyanose. Auscultatorisch und percutorisch normaler Lungenbefund. Zunge stark geschwellt, auf derselben einzelne Pusteln; Zungenränder excoriiert, sehr schmerzhaft (lingua crenata). Auf dem ebenfalls intensiv gerötteten und geschwollenen Gaumen einige Pusteln. Kehlkopfuntersuchung nicht ausführbar. Ordination: Kampher subcutan, Eiscravatte, Eisstückchen. — 6 Uhr Abends: P. ist wie im Schweiss gebadet. Temperatur 37.8°; Atmung freier; Sensorium etwas benommen; Puls klein, weich, frequent. Ordination: Digitalispulver.

1. September: Rachenaffection wesentlich gebessert; an der Wangenschleimhaut ist vollständige Heilung eingetreten ohne Hinterlassung irgend welcher Residuen. P. nimmt wieder etwas flüssige Speise zu sich, nachdem die Nahrungsaufnahme in den letzten Tagen wegen der Schmerzen beim Schlucken nicht möglich war. Körpergewicht 36.6 kgr.

In den folgenden Tagen befindet sich P. permanent im Bade, wobei ihr subjectives Befinden relativ gut ist. Der Process auf der Haut ist an den zuerst befallenen Stellen fast vollständig abgeheilt mit Zurücklassung intensiver, blauroter Pigmentierung. Auf dem Boden einzelner Efflorescenzen, so z. B. in der rechten Ellenbeuge, sind drüsige Warzen von rauher Beschaffenheit emporgesprosst, die grosse Aehnlichkeit mit spitzen Condylomen haben. Der Pustelausschlag hat sich nun-

mehr beinahe über den ganzen Körper ausgebreitet; Temperatur 37.6°.

6. September: P. wird im Bade plötzlich von Frost, Schwindel, Atemnot, grosser Angst und allgemeiner Schwäche befallen, sodass sie zu Bette gebracht werden muss. Benommenes Sensorium, Delirien, Nystagmus, Erbrechen galliger Massen: tagsüber sechs blutige Stühle. Puls klein, weich, 140. Temperatur 38.7°. Ordination; Coffeïn.

7. September: Subjectives Befinden besser; Sensorium frei; Schmerzen im Munde. An der Wangenschleimhaut sowohl wie an der des Gaumens ähnliche papilläre Excrescenzen wie in der Ellenbeuge, ebenso auf den Tonsillen, mit weisslichem Schorf bedeckt. Ebensolche an beiden inneren Augenwinkeln und den Nasenöffnungen. Stuhl wieder normal. Temperatur 37.9°. — 1 Uhr Nachmittags: Der Anfall vom 6. September wiederholt sich. Ordination: Morphium. — 7 Uhr Abends: Erneuter Anfall: Ordination: Morphium. Chloralhydrat.

8. September: P. hat die Nacht schlaflos zugebracht. Delirien, grosse Angst; morgens starke Unruhe, choreaähnliche Zuckungen. Sensorium frei; plötzliche Hyperästhesie am ganzen Körper; Leibschmerzen, Nystagmus. Untersuchung des Augenhintergrundes ergiebt keine Abnormitäten. Ordination: Natr. bromat. 1.0 10 Mal tgl.

In der folgenden Zeit tritt erhebliche Besserung ein; P. schläft viel.

19. September: An der Innenfläche der rechten Wange sind noch zahlreiche, unregelmässige, gelbliche Bläschen vorhanden; ebenso findet sich an der Berührungsstelle der oberen und unteren Backzahnreihe ein eitriger Belag. Am weichen Gaumen drei warzenförmige Gebilde von Erbsengrösse: Umgebung stark gerötet. Im Gesicht findet sich auf der rechten Wange als Residuum einer früheren Eruption, wie sie oben beschrieben ist, ein braun pigmentierter, über das Haut-

niveau nur wenig hervorragender, etwa linsengrosser Fleck; ferner eine frische Eruption, die besteht aus einer über das Hautniveau erhabenen, hirsekorngrossen Pustel, welche aufgegangen ist und in ihrer Peripherie einen circa 1 mm breiten, geröteten Hof zeigt. Aehnliche Eruptionen in der rechten Nasalfalte. Am Kinn sind viele Efflorescenzen obiger Art confluiert und bilden einen Ring, welcher mit Freilassung der mittleren Partien des Kinnes genau symmetrisch das untere Dritteil des Gesichtes einnimmt. An der Halskinnbeuge, ferner am Hals und am ganzen Schultergürtel zeigen sich ebenfalls, ziemlich regelmässig verteilt, ähnliche Bilder; jedoch ist an diesen fünfpfennig- bis markstückgrossen, mit jenem intensiv roten Hof umgebenen Eruptionen teilweise der graugelbe Belag erweicht, teils fehlt er ganz und gar; an solchen sieht man vom Centrum der einzelnen Plaques aus die Regeneration zur normalen Hautdecke beginnen, so dass an vielen Stellen die Eruptionen in der Mitte eine Delle von normaler Haut zeigen, während die Peripherie ringförmig noch jenen eigentümlich übelriechenden gelben Belag zeigt. Sehr ausgesprochen finden sich derartige Efflorescenzen am Rücken und an den Beugeseiten der Extremitäten, ferner an der Halskinnbeuge, in der Nackenschulterbeuge, in der Achselhöhle, an den überhängenden Brüsten, in sehr intensivem Masse auf den Bauchdecken, wo sich jetzt das Bild in der Weise präsentiert, dass die früher beschriebenen, graugelben Massen sich abgestossen haben und an ihre Stelle normale Haut getreten ist, welche jetzt jedoch intensiv braunrote Färbung zeigt. Auffallend ist, dass an der Peripherie immerfort neue, frische Efflorescenzen auftreten und dass die Nabelgegend als eine Insel beinahe vollständig frei ist, während die sie begrenzenden Teile einen über handflächenbreiten Ring des Ausschlages um dieselbe bilden. Diese Efflorescenzen setzen sich fort auf die Genitocruralfalten, ferner auf die Schamlippen und auf die Oberschenkel, besonders auf die inneren, einander zugekehrten Flächen der-

selben, dann auch auf beide Ellenbogenbeugen: von diesen Gebilden wurde eins behufs mikroskopischer Untersuchung excidiert. — Gleiche Efflorescenzen finden sich in beiden Kniegelenksbeugen und ferner an der rechten Fussunterschenkelbeuge. An der Streckseite localisiert sich der Ausschlag hauptsächlich entlang der Wirbelsäule, hier annähernd symmetrisch, auffallend ist die charakteristische Kreisform, in der sich die Pusteln an einander reihen und durch Confluenz jene eigentümlichen Figuren bilden, die unter dem Namen der Formatio figurata, gyrata bekannt sind. Inguinaldrüsen bohnengross, schmerzhaft: die übrigen Lymphdrüsen nicht geschwollen. — Subjectives Befinden bedeutend gebessert. Urin normal. Gewichtsabnahme bis jetzt 10 Pfund.

Der Allgemeinzustand der P. bessert sich von Tag zu Tag, hier und da treten noch einzelne neue Eruptionen auf, ohne Beschwerden zu verursachen.
Die am 28. September vorgenommene Untersuchung der Genitalien ergab auf der Schleimhaut der Vagina, zwischen den Carunculae und auf der Analschleimhaut einzelne ähnliche Plaques wie in der Vulva. Am Uterus keine Veränderungen. P. verlässt tagsüber einige Stunden das Bett. Eine frische Pustel in der linken Ellbogenbeuge, ebenso eine papilläre Excrescenz, die sich auf einer abgeheilten Pustel gebildet hatte, wird excidiert.

2. Oktober: Auf der Excisionsstelle eine neue, grosse, schlaffe, mit eitrigem Inhalt gefüllte Impetigopustel.

24. Oktober: Daselbst eine harte, über die Haut erhabene Narbe; Befinden der P. fortgesetzt gut.

10. November: P. zeigt ein gutes Aussehen, hat an Gewicht im Vergleich zum Eintritt 10 Pfund zugenommen; auf der Haut des ganzen Körpers an Stelle des Ausschlages eine schmutzig-braunrote Verfärbung der Haut, welche sich dadurch charakterisiert, dass das Centrum von intensiv brauner Farbe ist, während ein peripherer, circa $^1/_2$ cm breiter Ring von gelb-

brauner Farbe dasselbe umgiebt. Nirgends ist eine Erhabenheit über die Haut zu constatieren. Die papillären Excrescenzen haben sich von selbst wieder zurückgebildet: stellenweise sind die braunen Flecken, die im einzelnen Linsen- bis Markstückgrösse haben, zu handteller- bis fusssohlengrossen, diffusen Pigmentierungen confluiert, und zwar ist ein solcher Ring am Beckengürtel zu constatieren, der beide Inguinalgegenden, die Schamgegend, beide Glutäalgegenden und die Kreuzbein- resp. Lendenwirbelgegend einnimmt. Im Rachen normale Verhältnisse; die Menses, welche seit Beginn der Erkrankung cessierten, sind wieder eingetreten.

Patientin wurde am 10. November 1888, also nach circa 4 monatlichem Krankenlager, geheilt entlassen.

Wenn auch der Anblick dieser P. anfänglich — besonders durch den fast specifischen Geruch, wie er den Condylomata lata eigen ist — das Bild eines luetischen Exanthems, beziehungsweise diphtheritischer breiter Papeln bot, wogegen allerdings sehr viele anamnestische Gründe sprachen, so stellte es sich doch bald ob der charakteristischen Gruppierung der Pusteln, zumeist in Kreisform, und wegen der Ausbreitung in Nachschüben als zweifellos heraus, dass es sich hier um die I. h. handelte. Die meisten Symptome, welche Hebra und Kaposi für diese ebenso interessante, wie seltene Erkrankung fordern, waren vorhanden, nur fehlte die Schwangerschaft und der ungünstige Ausgang des Krankheitsprocesses. Doch steht ja hierin der Fall nicht vereinzelt da, seitdem Kaposi einen Fall von „I. h. in mare“ veröffentlicht hat, und auch auf der Hebra'schen Klinik ein Fall nach verschiedenen Recidiven zur Heilung gelangt ist. Entgegen dem von Hebra und Anderen vertretenen Standpunkt, als sei die I. h. veranlasst durch eine Erkrankung im Genitalapparat des Weibes, nehmen du Mesnil und Marx vielmehr eine Erkrankung des Nervensystems als Ursache derselben an.

Die Patientin des eben besprochenen Falles stellte sich am 25. Mai 1889, also über ein halbes Jahr nach ihrer Entlassung, wieder vor; sie hatte ein gradezu blühendes Aussehen und gab an, das Einzige, was von ihrer Krankheit zurückgeblieben, seien heftige Kopfschmerzen, die jedesmal zur Zeit der Periode aufträten. Die Pigmentierungen waren auf der Haut nur wenig abgeblasst, nur im Centrum derselben fand sich eine mehr gelbliche Verfärbung; am Körper war nichts Abnormes zu constatieren. Als jedoch P. im Januar 1889 gravida wurde, zeigte sich sofort ein Recidiv ihres Ausschlags, das sich in einzelnen Ulcerationen der Mundschleimhaut und in einigen Pustelgruppen an den Innenseiten der Oberschenkel äusserte, deren Eruption von Kopfschmerzen, Frösteln und leichtem Uebelsein begleitet war. Es trat eine Frühgeburt ein im VII. Monat, das Kind lebte ein Vierteljahr und ging nach Angabe der Mutter am Schleimfieber zu Grunde. Nach der Geburt soll der Ausschlag von selbst wieder verschwunden sein. Im April 1890 concipierte P. abermals, bekam einen Monat später denselben Ausschlag wie früher, der in der Kreuzbeingegend begann, dann den Unterleib und die Oberschenkel befiel und sich auf die Achselhöhlen, die Nates, Genitalien und Genitocruralfalten verbreitete. Das Exanthem verursachte Schmerzen, so dass P. in ihrem Allgemeinbefinden erheblich beeinträchtigt wurde, dazu stellten sich, nachdem auch im Rachen die früheren Erscheinungen wieder aufgetreten waren, starke Schluckbeschwerden ein, welche die Nahrungsaufnahme erschwerten. Als dann wiederum heftiger Kopfschmerz, Frösteln, Fieber und blitzartige Schmerzen in den Beinen hinzukamen, sah sich die P. veranlasst, von neuem die Hilfe des Spitals in Anspruch zu nehmen.

Folgende Schilderung giebt uns nun du Mesnil[1]) von dem Aussehen der P. bei ihrem Eintritt ins Spital am 22. Oktober 1890:

[1]) s. Archiv f. Dermatologie u. Syph. 1891 S. 724 u. ff.

In den Inguinalgegenden, an den Genitalien und den Genitocruralfalten, ferner an der Innen- und Vorderseite der Oberschenkel und an der rechten Ellenbogenbeuge zeigt P. einen Ausschlag, und zwar finden sich an den Bauchdecken und den Inguinalgegenden Gruppen von Pusteln, die etwa Hirsekorn bis Linsegrösse haben und zum Teil in ihrer Mitte eine leichte Delle tragen; dieselben sind teilweise mit trübem, serös eitrigem, dünnem, gelblichem Secret erfüllt, teils haben sie eine mehr schwefelgelbe Farbe, andere wieder zeigen einen mehr rahmigen, weisslich grauen Inhalt, wieder andere bergen breiartige graue Massen in sich, die aus Eiterkörperchen, spärlichen Epithelien und reichlichem Detritus bestehen. Die Pusteldecke ist durchweg sehr dünn, bei den frischeren Efflorescenzen prall gespannt, bei den älteren mehr runzelig. Die Grösse der Gruppen schwankt erheblich, einige bestehen nur aus 5 bis 6 Pusteln, welche einem braunroten Grunde aufsitzen, andere wieder haben über Fünfmarkstückgrösse und lassen im Centrum schon regressive Metamorphosen erkennen. An den Genitalien, in den Genitocruralfalten und der Innenfläche der Oberschenkel zeigen die Efflorescenzen fast durchweg die Form einer beetartigen aus grauweissen, übelriechenden Massen bestehenden Erhebung, unter der eine kreisrunde, nässende, etwa der Grösse der oben beschriebenen Pusteln entsprechende hochrote Fläche vorhanden ist, die bei Berührung mit dem Sondenknopf ausserordentliche Schmerzen verursacht; in der rechten Genitocruralfalte und an den beiden Oberschenkelinnenflächen sind die stinkenden, breiigen Auflagerungen zu einer continuierlichen, über flachhandgrossen, unregelmässig begrenzten Platte confluiert, in deren Peripherie die Pusteln in zwei aufeinander folgenden Reihen guirlandenförmig angeordnet sind, indem sie in zierlichen Bögen etwa von der Spina anterior sup. zum Condyl. intern. des Femur herunter ziehen. An der concaven Seite dieser serpiginösen Eruptionen, in der Peripherie der Detritusmassen ist die Epidermis der oberflächlichsten Schichten beraubt

und umzieht als ein hochroter, leicht nässender, etwa ½ cm breiter Saum die graulichweisse Auflagerung. An einzelnen Pustelgruppen an den übrigen Körperregionen ist die Decke zu einer graugrünen Borke eingetrocknet, besonders an denjenigen in der Nähe der Pubes. Wenn man dieselbe abhebt, so findet sich zum Teil eine nässende, hochrote, oberflächliche Erosion, oder es ist die Epithelregeneration schon soweit fortgeschritten, dass eine neue glänzende hochrote Oberhaut zu Tage liegt. Der Ausschlag verbreitet einen fast unerträglichen Geruch, der sehr an den syphilitischer macerierter Condylome erinnert. Es sind ferner auf der Haut zahlreiche Pigmentflecke vorhanden, die von abgeheiltem Exanthem herrühren; die Haut fühlt sich in toto etwas fettig an und ist, besonders an den Schläfen, den Nasolabialfalten, auf Brust und Rücken mit zahlreichen Comedonen behaftet. Die Sensibilität ist intact, ebenso die Reflexe; mässige Schwellung der Inguinal- und Inframaxillardrüsen ohne Empfindlichkeit auf Druck. An den Nates befinden sich zwei taubeneigrosse, drusige Papillome von blauroter Farbe, die im allgemeinen von ovalärer Form sich an den gegenseitigen Berührungsstellen etwas abgeplattet haben. Eine gleiche Vegetation etwa von Kirschengrösse befindet sich am Nabel, umgeben von einem Kranz von Pusteln. In der Umgebung der Analöffnung sieht man einige condylomartige, mit grauweissem, schmierigem Detritus bedeckte, linsengrosse Efflorescenzen, deren Oberfläche nach Entfernung des Secrets ein drusiges, höckriges Aussehen darbietet. Untersuchung der Genitalien ergiebt Gravidität im siebenten Monat ohne Complicationen. An der Lippenschleimhaut eine Reihe von mit Rhagaden durchsetzten, flachen Epitheldefecten, die mit gelblichen Krusten bedeckt sind; Mund und Zungenschleimhaut geschwellt, stellenweise erodiert, stellenweise mit weisslichgrauen Auflagerungen versehen. Starker Foetor ex ore; auf der rechten Tonsille, sich über die rechte Hälfte des weichen Gaumens hinziehend, eine unregelmässig bogenförmig begrenzte,

flache, aus schmierigen breiigen grauen Massen bestehende Auflagerung, nach deren Entfernung eine hochrote, intensiv schmerzhafte, glänzende Fläche zu Tage tritt. An den inneren Organen keine Veränderung; Urin eiweiss- und blutfrei, Menge 800, spec. Gewicht 1030, kein Fieber, Puls regelmässig, jedoch abnorm beschleunigt.

P. erhält Arsen in grossen Dosen und wird tagsüber permanent im Wasserbade gehalten.

In der Nacht vom 31. Oktober zum 1. November unter Schlaflosigkeit, Mattigkeit, Uebelsein, Erbrechen, vorübergehenden Wehen, Kopfschmerzen, Schüttelfrost und mässigem Fieber an Bauch und Oberschenkeln linsengrosse, quaddelartige, in Gruppen stehende, heftiges Brennen verursachende papulöse Erhebungen, die am folgenden Morgen schon zu Epidermoidalpusteln geworden sind, deren Inhalt trübe graugelb aussieht, an einigen Stellen auch eine mehr milchweisse Farbe angenommen hat. In der rechten Ellenbogenbeuge ein etwa 10pfennigstückgrosser, erythematöser, mit citrigen Epidermisbläschen besetzter Ring, dessen Mitte etwas eingesunken und blaurot verfärbt ist.

Am 9. November: Erbrechen, Herzklopfen, Atemnot, Kopfschmerzen, profuser Schweiss bei normaler Temperatur (36.5°) und hohem Puls (130), zwei Tage später unter Frösteln und Fieber Nachschub von einigen Pustelgruppen unterhalb des Nabels unter denselben Symptomen, wie vorher. Die am 31. in der rechten Inguinalgegend aufgetretene Pustelgruppe in der Weise modificiert, dass die Decken geplatzt sind, und die ganze Gruppe jetzt von einer einheitlichen Schicht von graugrünlicher, trockener Beschaffenheit bedeckt ist, die leicht abgehoben werden kann und einen zusammenhängenden, unregelmässig begrenzten, stark secernierenden, hochroten Substanzverlust erkennen lässt; die Umgebung desselben ist leicht wallartig infiltriert und zeigt einige isoliert stehende, gelbe, pustulöse Efflorescenzen.

24. November: Leichte Geburt eines 2540 g

schweren, nicht ausgetragenen, weiblichen Kindes, das bei der Geburt am rechten Handrücken auf hochrotem, etwas erhabenem Grunde eine fast linsengrosse Blase zeigt mit weisslichem Inhalt und schlaffer Decke. Eine Reihe kleinerer Bläschen mit milchigem Inhalt an der Wurzel beider Händchen, ferner am Kinn und an den Wangen, alle von einem leichten rosaroten Halo umgeben. Oberhalb beider Fersen einige unregelmässig begrenzte, oberflächliche Epidermisverluste, die leicht nässen.

26. November: Bei der Mutter treten an der Peripherie einer grossen, mit breiigen Massen bedeckten, erodierten Fläche am linken Oberschenkel unter Temperatursteigerung (38.5°) und den früher beschriebenen Complicationen eine Reihe neuer, auf braunrotem Grunde aufschiessender Pusteln auf, ausserdem profuse Schweisse und heftige Schmerzen an den nässenden Stellen.

27. November: Temperatur 39.0°; grosse Schwäche. Puls klein, weich, stark beschleunigt. Durchfälle. Eruption einiger neuen Gruppen an beiden Bauchseiten, die ganz das Aussehen von Zosterefflorescenzen haben. P. wird tagsüber im Wasserbade gehalten, welche Behandlung wegen der Geburt unterbrochen werden musste.

Das Kind, welches mit Kuhmilch ernährt wird, hat unter der Zunge eine Blase bekommen, aus der sich blutiges Serum entleert; die ganze Zungenoberfläche ist mit einem grauen Detritus bedeckt, die darunter liegende Schleimhaut oberflächlich erodiert, ebenso der Zungenrand, der als hochroter Saum die grauliche Auflagerung umgiebt. Auch an der Schleimhaut des Unterkiefers und am weichen Gaumen ein weisslicher, eitriger Belag, unter dem eine erodierte, leicht blutende Fläche vorhanden ist. Das Kind schreit heiser und ist sehr unruhig, keine Temperatursteigerung; die grossen Labien etwas geschwellt und gerötet, fühlen sich heiss an, in der Vulva einzelne flache Erosionen und reichliches, rahmartiges Secret, das keine Gonococcen enthält.

28. November: Der Belag hat sich über die ganze

Mund- und Rachenschleimhaut verbreitet und ein mehr graugrünliches Aussehen angenommen. Untersuchung auf Soorpilze und andere Parasiten ergiebt negatives Resultat.

29. November: Einzelne neue Pustelgruppen an den Bauchdecken der Mutter, nachdem gestern an denselben Stellen eine urticarielle, schmerzhafte Rötung sich feststellen liess. Frösteln und leichtes Fieber (38.5°) nebst heftigem Kopfschmerz.

30. November: Das Kind zeigt an beiden oberen Augenlidern und an den Schläfen einige Bläschen von Hirsekorngrösse mit serösem Inhalt und hochrotem Hof. Die Erosionen in der Mitte der Schleimhaut des Unterkiefers haben sich so stark vertieft, dass das Periost zu Tage tritt. Am Anus einzelne Erosionen, an den Unterschenkeln einige braunrote Flecke von Linsengrösse, die auf Druck abblassen.

In der Folgezeit traten bei Mutter und Kind noch einige Nachschübe der Exantheme auf, die mit den oben beschriebenen in jeder Weise übereinstimmten. Ausserdem entstand bei ersterer im Verlaufe der Erkrankung eine Veränderung an den Fingernägeln derart, dass dieselben ihren Glanz verloren, abnorm brüchig wurden und an der Peripherie absplitterten, während die Mitte sich stark verdickte und eine stark ausgeprägte Querwulstung aufwies; dazu trat am rechten Mittelfinger eine eitrige Paronychie ein, die erst nach Verlauf mehrerer Wochen zur Abheilung kam. Im Wasserbade überhäuteten sich die exulcerierten Flächen der Haut, nachdem keine Recidive mehr auftraten, sehr schnell, auch das subjective Befinden besserte sich zusehends.

Am 23. December wurden die hühnereigrossen Papillome am After excidiert und nach Abheilung der Wunden Mutter und Kind in die Heimat entlassen, nachdem auch bei letzterem unter Puderbehandlung, Bädern und Pinselung mit Boraxlösung die Erscheinungen an Haut und Schleimhäuten zurückgegangen waren.

Auch das vorstehende Recidiv genügt in jeder Weise den Postulaten, deren Erfüllung Kaposi für die Diagnose der I. h. verlangt: zeigten sich doch in dem Krankheitsbilde schwere Störungen des Allgemeinbefindens, Fieber und starke Prostration, ferner ein Exanthem, welches constant aus auf erythematösem Grunde aufschiessenden, zu Gruppen angeordneten Pusteln bestand! — In Folge dieser Charakteristica bietet die Differentialdiagnose gegenüber der Dermatitis herpetiformis Duhring's und speciell jener Form derselben, die als Herpes gestationis beschrieben ist, keine Schwierigkeit: liegen ja bei letzterem die wesentlichen und unterscheidenden Punkte in der Entwicklung des Exanthems, dem Polymorphismus desselben und dem relativ wenig afficierten Allgemeinzustande der Kranken. Der Pemphigus vegetans aber, welcher ebenfalls leicht mit der I. h. verwechselt werden kann, ist charakterisiert durch das Auftreten isoliert stehender Efflorescenzen, durch seinen Verlauf ohne Fieber und ohne jede Complication mit Anomalien der Sexualsphäre oder Gravidität.

Differentialdiagnostisch lässt sich also die I. h. als eine selbständige, von ähnlichen Symptomenbildern streng zu trennende Krankheitsform auffassen, doch leugnet du Mesnil keineswegs die Verwandtschaft der verschiedenen Processe, „sondern er folgt nur dem Utilitätsprincip, indem er es für wichtiger und nutzbringender hält, die verschiedenen Symptomencomplexe als eigenartige und selbständige aufzufassen, solange die Zahl der Beobachtungen eine so geringe ist."

Die mikroskopische Untersuchung excidierter Pusteln ergab im Bereich des erythematösen Grundes eine starke, zellige Infiltration des Papillarkörpers und der oberflächlichsten Schichten der Cutis: die Papillen sind verbreitert und erscheinen gequollen: die interpapillären Epithelzapfen sind enorm in die Tiefe gewuchert. In den tieferen Schichten der Cutis, welche sich von der Infiltrationszone der oberen Schichten scharf absetzt, findet sich eine stark ausgesprochene

Gefässerweiterung. Neben dieser ist eine erhebliche Dilatation der mit Endothel ausgekleideten Lymphgefässe sowohl wie der Lymphspalten wahrnehmbar. Talgdrüsen und Haarbälge erscheinen intact, ebenso die Schweissdrüsen, deren Lumina etwas dilatiert sind. An einigen Knäueln erscheinen die angrenzenden Lymphräume stark erweitert. Der Pustelinhalt besteht aus Rundzellen und wenig Epithelien. Die Untersuchung der Efflorescenzen auf Mikroorganismen ergab Coccen und Diplococcen; die aus dem Pustelinhalt angelegten Plattenculturen ergaben ein negatives Resultat. Du Mesnil will deshalb keinen Schluss auf eine etwaige mangelnde Infectiosität der Affection ziehen, und dies um so weniger, als das während der Krankheit der Mutter von dieser zur Welt gebrachte Kind ebenfalls die Anzeichen des Leidens in isoliert stehenden Blasen und Bläschen auf dem Körper zeigte. Dagegen schliesst er eine directe, locale Uebertragung beim Passieren des Geburtskanals in diesem Falle aus, da das Kind bereits mit dem Exanthem zur Welt kam. Dass das Virus, einerlei, ob dasselbe bakterieller oder chemischer Natur sei, auf jeden Fall von den Geburtswegen aus in den Körper gelangte, hält er nach der regelmässigen Vergesellschaftung der Erkrankung mit der Gravidität, nach der constant wiederkehrenden Abheilung bei Ablauf des Puerperiums nicht für zweifelhaft.

Kaposi's beobachteter Fall von I. h. in mare sollte eine Reihe von Jahren vereinzelt dastehen, bis William Dubreuilh[1]) einen zweiten dieser Art bei einem 53jährigen Potator feststellen konnte, welcher ebenso, wie die meisten der 17 von ihm anerkannten wahren Fälle von I. h. tödlich endete. In einer umfangreichen Arbeit liefert Dubreuilh eine eingehende Beschreibung des Krankheitsbildes der I. h. einschliesslich ihrer Anatomie, Diagnose, Prognose und Aetiologie. Als Grundlage

[1]) Annales de Derm. et de Syphil. 1892. S. 353 u. ff.

dienen ihm 10 Krankengeschichten, deren eine (Nr. 10) aus seiner eigenen Klinik stammte (der oben erwähnte 53jährige Mann). Fünf weitere Fälle, ebenfalls noch nicht veröffentlichte Beobachtungen (Nr. 2–6), sind ihm von Kaposi zur Verfügung gestellt. Die vier übrigen sind der Literatur, und zwar sämtlich der deutschen entlehnt. Indem Dubreuilh ebenfalls die I. h. als eine Krankheit sui generis auffasst, hebt er die charakteristischen Merkmale derselben mehrmals nachdrücklich hervor und weist auf die wesentlichen Unterschiede ähnlicher Erkrankungen hin; er bezweifelt übrigens auch die infectiöse Natur der Krankheit und hebt als feststehend hervor, dass die I. h. sich mit Vorliebe bei Frauen gegen Ende der Schwangerschaft einstellt, und dass eine erneuerte Gravidität, selbst wenn lange Zeit dazwischen liegt, — in einem Fall (Nr. 8) noch nach 19 Jahren — ihr Wiedererscheinen begünstigt.

Nachdem wir nunmehr einen Ueberblick über die in der Literatur veröffentlichten, die I. h. betreffenden Abhandlungen gewonnen haben, kommen wir zur Betrachtung des bisher einzig beobachteten Falles dieser interessanten Krankheit im Königlichen Charité-Krankenhause zu Berlin.

Am 2. Juli 1892 wurde das 22jährige Dienstmädchen E. Sch. in der Station für Hautkrankheiten des Herrn Prof. Schweninger aufgenommen. Bei ihrem Eintritt giebt sie an, dass ihr Vater vor 6 Jahren einem Magenleiden erlegen sei; die Mutter und zwei Geschwister leben und sind gesund.

Von den Kinderkrankheiten will P. im 2. Lebensjahre Diphtheritis, im 5. die Masern durchgemacht haben; sonst will sie stets gesund gewesen sein, auch nie an einer Hautkrankheit gelitten haben. Die Menses traten mit 15 Jahren ein, waren stets regelmässig in 4 wöchentlichen Intervallen, 3–4 Tage dauernd, ziemlich stark, ohne Molimina; wann die letzte Regel eingetreten ist, weiss P. nicht genau anzugeben, doch sollen seitdem bereits mehrere Monate vergangen sein. Ein Abortus oder Partus wird in Abrede gestellt.

Vor 4 Wochen trat nach Angabe der Kranken im Gesicht, an Händen und Füssen in acuter Weise eine Rötung und Schwellung der Haut auf, die das Gefühl von Jucken und Brennen veranlasst haben und eine Abschuppung zur Folge hatten. P. will sich dabei ganz wohl gefühlt haben und nur wenige Male Weizenmehl auf die brennenden Stellen gestreut haben; im übrigen wäre diese Erkrankung nach c. 10 bis 14 Tagen von selbst verschwunden. Seit 4 Tagen sollen nun jene Erscheinungen von neuem aufgetreten sein, und zwar in so heftiger Weise, dass sie dadurch veranlasst sei, die Anstalt aufzusuchen; gleichzeitig sollen an einzelnen beschränkten Stellen einige Bläschen aufgeschossen sein, welche bald eintrockneten und sich alsdann abschuppten. Ferner klagt P. über Mangel an Appetit, Gefühl von Trockenheit im Munde und Uebelkeit, auch über Neigung zum Erbrechen und Verstopfung; sie fühle sich im allgemeinen matt und leide in der letzten Zeit häufiger an Kopfschmerzen.

Status praesens beim Eintritt am 2. VII 1892: Mittelgrosse P. mit mässiger Muskulatur und geringem Fettpolster, nimmt die active Rückenlage ein. Die Haut zeigt im Gesicht, an den Füssen, in der Hohlhand und an der Volarseite der Finger eine intensive Röte und geringe Schwellung mit zahlreichen Bläschen und schuppt sich stellenweise ab. Geringes Oedem an den unteren Extremitäten, Narben und Decubitus fehlen; die Haut fühlt sich trocken an. Temperatur 37.6°.

Puls: kräftig und voll, 90 in 1 Minute; Art. rad. weit und von guter Spannung.

Die Herzdämpfung hält sich in normalen Grenzen; man hört über allen Ostien 2 reine Töne, an der Herzspitze ein perisystolisches Geräusch; der II. Pulmonalton ist zuweilen klappend.

Die physikalische Untersuchung der Lungen ergiebt überall kleinblasige Rasselgeräusche; geringe Dämpfung auf beiden Seiten, hauptsächlich auf der linken; Zahl der Respirationen 18—20.

Geschlechtsapparat: Aeussere Untersuchung: Fun-

dus uteri steht 3 Querfinger breit oberhalb des Nabels, Uterus ist dextroponiert, grösster Leibesumfang 89 cm. — Innere Untersuchung: äussere Geschlechtsteile ohne Veränderung, am Hymen verschiedene Einrisse, Scheide von bläulicher Farbe, aufgelockert, ohne fremden Inhalt; Rugae vaginales deutlich abtastbar. Portio zapfenförmig aufgelockert. Oberfläche derselben unverändert, Muttermund geschlossen. — Bei der combinierten Untersuchung fühlt man vom vorderen Scheidengewölbe einen kugligen Tumor, welcher aus dem kleinen Becken weit in die Bauchhöhle hinaufragt und mit der Portio zusammenhängt; hinteres Scheidengewölbe frei. Kleine Teile fühlt man rechts oben, unterhalb des rechten Rippenbogens, ein grosser Teil ist unten oberhalb des Beckeneingangs fühlbar; Herztöne sind links von der linea alba zu hören. — Mithin besteht Schwangerschaft im 7. bis 8. Monat.

Urin wird willkürlich, schmerzlos entleert, 1200 ccm in 24 Stunden, spec. Gewicht 1015; er sieht etwas getrübt aus, reagiert schwach sauer, ist frei von Zucker, enthält eine geringe Menge Eiweiss; das spärliche Sediment besteht aus hyalinen Cylindern, einigen weissen Blutkörperchen und einzelnen polyedrischen, einkernigen Epithelien.

Da die Hauterkrankung im allgemeinen das Bild eines Ekzems darbietet, wird P. mit Zincum oxyd. alb. und Diachylonsalbe behandelt; bei dieser Therapie und in Folge von Fernhaltung jeder Irritation verschwand dasselbe allmählich. Die Beschwerden von Seiten des Digestionsapparates wurden durch Abführmittel und geeignete Diät ziemlich gehoben, Fieber war nie vorhanden, die Kopfschmerzen hatten nachgelassen, sodass P. sich bereits mit dem Gedanken trug die Anstalt zu verlassen. Da trat plötzlich am Abend des 13. Juli ein Schüttelfrost auf, die Temperatur stieg auf 39.2°, Puls 134; schon am Nachmittag desselben Tages musste P. wegen eintretender Mattigkeit das Bett aufsuchen, dann trat Erbrechen und Kopfschmerz auf. In der darauf folgenden Nacht, welche P. gänzlich schlaflos, unter

Hustenanfällen und Atembeschwerden zubrachte, traten unterhalb beider Mammae und an der Innenfläche des linken Oberschenkels stecknadelkopf- bis senfkorngrosse, mit Eiter gefüllte Bläschen auf erythematöser Basis auf. Bei der Besichtigung am Morgen des 14. Juli standen Pusteln im Kreise oder dicht gruppiert, einige auch isoliert. Die gerötete Unterlage war mässig geschwollen, nässte stellenweise oder war mit dünnen, lamellösen Krusten bedeckt. Die Haut der von der Affection nicht ergriffenen Umgebung war durch einen fingerbreiten, roten Streifen von der erkrankten Partie abgegrenzt. — M. 38.4°, A. 38.6°.

15. Juli: Am Rande des am 13. VII entstandenen Herdes, welcher verkrustet war, bilden sich in mehrfacher Reihe Nachschübe von Pustelchen durch peripherische Ausbreitung der Rötung, sodass schon der Leib bis zur Nabelgegend und der linke Oberschenkel vom Knie bis zur Vulva mit dem Ausschlag bedeckt ist. — M. 37.9°, A. 38.5°.

18. Juli: Der Process hat sich von der Vulva nach der Crena ani und von dort auf die linke Glutäalgegend und am Oberkörper über die Mammae hinweg auf den Hals ausgebreitet; besonders deutlich sieht man oberhalb der rechten Brust mehrere ganz charakteristische, rundliche, kirschkerngrosse, mit der centralen Borke, dem Pustelkranze, dem umsäumenden Halo versehene Plaques. P. erbricht mehrmals am Tage, klagt über intensives Jucken, ihre Kräfte liegen ganz darnieder. Schlaf fehlt fast gänzlich. Das Oedem an den Unterschenkeln hat zugenommen, ebenso der Eiweissgehalt im Urin ($^1/_{20}$ Vol.): die Harnmenge selbst ist geringer als an den vorhergehenden Tagen, etwa 800 ccm. — M 37.6°, A. 38.5°.

21. Juli: Husten und Auswurf hat zugenommen; P. klagt über zuweilen auftretendes Schwindelgefühl. Stuhlgang lässt sich kaum erzielen; Appetit garnicht vorhanden. Unterdessen haben sich im Gesicht und besonders stark in der rechten Glutäalgegend und an der Innenseite des rechten Oberschenkels neue kleinere

und grössere Plaques gebildet, deren Kuppen dicht mit stecknadelkopfgrossen Pusteln bedeckt sind. P. klagt über Schmerzen in der Leistengegend, es ergiebt sich eine erhebliche, auf Druck schmerzhafte Anschwellung der Inguinaldrüsen. An den zuerst befallenen Stellen, besonders an der Innenfläche des linken Oberschenkels sind die zu graugrünen, übelriechenden Borken eingetrockneten Pusteldecken und Beläge fast ganz abgefallen, an deren Stelle eine intensive, bläulichrote bis braunrote Pigmentierung getreten ist. — Am Nachmittag wird P. plötzlich von Kurzatmigkeit, Herzklopfen und einem Gefühl von Beängstigung befallen, es folgt ein heftiger Schüttelfrost, sodass die Kranke am Abend, wie schon öfter, 0.02 g Morphium zur allgemeinen Beruhigung erhalten muss: trotzdem hat sie nur wenig Schlaf. — M. 37.9°, A. 39.6°.

24. Juli: Durch Entstehung von immer neuen Nachschüben hat sich nunmehr der Ausschlag über den ganzen Rücken und den hinteren Teil des behaarten Kopfes, über beide Oberarme und die Unterschenkel verbreitet, indem teils einzeln stehende, teils stecknadelkopfgrosse, teils durch Confluenz kirschkerngrosse Pusteln die gerötete und geschwollene Unterlage besetzen. Hatte sich P. schon in den letzten Tagen in Folge der Schmerzen, welche den Process begleiteten, und wegen der hochgradigen, allgemeinen Erschöpfung in einer äusserst deprimirten Stimmung befunden, so wurde jetzt ihr Zustand ein noch traurigerer, da ja die Pusteln am Rücken ihr das Liegen sehr erschwerten und ferner sich bei jeder Bewegung durch das Nässen der Haut klebende, ekelhaft stinkende Massen loslösten.

P. wird täglich blasser, das Oedem an den Unterextremitäten nimmt zu, die Menge des Harns ist sehr vermindert, der Eiweissgehalt bedeutend vermehrt, spec. Gewicht 1022. Sediment ist reichlich vorhanden und weist Cylinder und Fettkörnchenzellen auf. Der Radialpuls ist abnorm gespannt, der Herzspitzenstoss verstärkt. — M. 38.0°, A. 38.3°.

Da P. mehrfach Wehen verspürt, wird sie am Morgen des 25. VII zur Entbindungsanstalt des Herrn Geheimrat Gusserow verlegt. Daselbst wurde P. alsbald von einem nicht ganz ausgetragenen, 45.5 cm langen und 2180 g schweren, männlichen Kinde in I. Schädellage entbunden; während der Ausstossung des Rumpfes trat plötzlich ein eklamptischer Anfall auf: P. erhielt deshalb 0.02 Morphium subcutan und wurde chloroformiert bis zu der $^1/_2$ Stunde später erfolgten Ausstossung der Nachgeburt. Beim Erwachen nach dreistündigem Schlaf ist P. nicht benommen und macht richtige Angaben über ihre Person; auch am Nachmittag ist sie wach, ihr Sensorium frei, keine Kopfschmerzen. Fieber zwischen 38.6° und 39.8°, Puls 108; sie hat keine besonderen Klagen, erhält am Abend 1.5 g Chloralhydrat als Klystier und schläft in der Nacht ziemlich gut. Menge des Urins 800 g, Eiweissgehalt $^1/_{16}$ Vol. Im Wochenbett kein neuer eklamptischer Anfall.

Am nächsten ganzen Tage (26. VII) schwankt die Temperatur zwischen 39.7° und 40.6°, Puls 120, Sensorium zeitweise benommen. P. deliriert zuweilen, Respiration ziemlich beschleunigt, starke Dyspnoë. Die Hauterkrankung ist fortgeschritten auf beide Ellenbeugen und Unterarme nebst Händen, besonders sind die oberflächlichen Epidermoidalpustelchen in der entzündeten linken Vola manus zu sehen und schliessen nur hier und da kleine Hautinseln von normaler Farbe zwischen sich ein. Dreimaliges Erbrechen einer gelblich-schleimigen Flüssigkeit. Gegen Abend hochgradige Erregung; P. klagt über unerträgliches Hitzegefühl, deliriert; Morphiuminjection.

Am 27. VII ist die Temperatur morgens 38.2°. Die Gegend über dem Kreuzbein ist mit einer vertrockneten Eiterdecke versehen. Auf den älteren Excoriationen, besonders am linken Oberschenkel und am Rücken schiessen neue, stecknadelkopfgrosse Pusteln dicht gruppiert oder im Kreise auf. Der Process erstreckt sich heute auch auf die bisher weniger er-

griffenen seitlichen Thoraxpartien, wo eine stetige periphere Ausbreitung mit vom Centrum aus weiterschreitender Borkenbildung der älteren Herde stattfindet; Abends 38.5°, Puls 118.

Am Morgen des 28. VII werden Mutter und Kind von der Entbindungsanstalt verlegt; letzteres starb bereits am 2. Tage nach der Aufnahme in die Kinderstation des Herrn Geheimrat Henoch an Atrophie. Die Mutter wurde zu der medicinischen Klinik des Herrn Geheimrat Leyden verlegt.

Die Gesässgegend erscheint heute in ihrer ganzen Fläche glatt, lividrot, trocken, ohne Krusten oder Efflorescenzen; auf dem Fuss- und Handrücken eine diffuse Rötung wahrnehmbar, welche auf Druck gänzlich abblasst. Brust und Hals sind mit braunschwarzer Borke bedeckt, unter welcher die Haut wund und feucht ist; ebenfalls sind sämtliche Finger mit Borken bedeckt, nach deren Ablösung eine blutige Oberfläche zu Tage tritt. Zunge sehr trocken, jedoch ist an ihr, sowie im Halse nichts Besonderes wahrnehmbar. P. stöhnt und zittert beständig, fröstelt; Urin muss mit Katheter entleert werden. Temperatur schwankt zwischen 38.1° und 39.1°.

29. Juli: P. kann in Folge der heftigen Schmerzen nicht mehr auf dem Rücken liegen, sondern muss fortwährend die Seitenlage einnehmen. Unwillkürliche Entleerung des Stuhls und Urins. Zwischen den Schulterblättern haben sich auf dem schon früher bestandenen geröteten Grunde Plaques mit dem peripheren Pustelkranz gebildet. Gegen Abend hochgradige Aufregung bei völliger Bewusstlosigkeit.

30. Juli: An der Brust haben sich unter Ichthyolbehandlung die Borken abgelöst; an diesen Stellen liegt nunmehr eine grosse Anzahl unregelmässig begrenzter, kleinerer und grösserer Substanzverluste vor; der Grund derselben ist graurot, wie getupfelt, entsprechend dem Aussehen der Stachelzellenschicht der Haut. Vielfach sind die Substanzverluste so zahlreich, dass nur riffartig Hautreste dazwischen stehen. Zwischen einzelnen

Zehen beider Füsse haben sich Borken gebildet, unter denen es stark nässt, was der P. heftige Schmerzen bereitet. Der Urin ist schwach sauer, sehr trübe, grünlich und vermindert (c. 500 ccm), spec. Gewicht 1022, enormer Eiweissgehalt. — M. 39.2°, A. 39.8°.

31. Juli: Trotz Morphium war auch in der letzten Nacht wieder der Schlaf häufig unterbrochen. P. ist comatös, lässt unter sich, Stuhl ist diarrhoisch. Am Abdomen vergrössern sich die Pustelkränze durch peripheres Weiterschreiten. Die Finger sind dunkelgerötet und geschwollen. Die Respiration (50 in 1 Minute) ist enorm beschleunigt, angestrengt und röchelnd: auf Lippen und Wangen starke Cyanose. Man hört bei der Auscultation allenthalben zahlreiche feuchte, klein- und mittelgrossblasige Rasselgeräusche; Auswurf: reichlich, schaumig, serös-blutig. Husten meist kraftlos. Mund mit festsitzendem Schleim bedeckt. P. erhält jede Stunde eine subcutane Kampherinjection, wird am Nachmittag sehr aufgeregt, unter Collapserscheinungen tritt gegen 8 Uhr Abends der Exitus letalis ein.

Die von Herrn Dr. Langerhans am 2. August vorgenommene Autopsie ergab folgende Diagnose: Impetigo herpetiformis. Bronchopneumonia duplex. Oedema pulmonum. Nephritis parenchymatosa. Myocarditis parenchymatosa. Tumor lienis. Gastritis catarrhalis.

Mittelgrosse weibliche Leiche, mässig ernährt, mit kolossalen Fäulniserscheinungen an fast allen Stellen des Körpers. Die Haut der Brust vom Halse bis zu den Achselhöhlen und Mammae und zwischen denselben abwärts bis fast in die Gegend des Proc. ensiformis in eine grosse Geschwürsfläche verwandelt, in welcher nur einzelne Inseln Hautgewebes zu sehen sind. Am Rande befindet sich eine Anzahl getrennter Geschwüre von etwa Senfkorn- bis Bohnengrösse; der Geschwürsgrund hat teils rötliche, rauhe Beschaffenheit, teils zeigt er eine eigentümliche Netzform von gelblichem Aussehen, an wenigen Stellen frisch rote Beschaffenheit. Unterhalb der beiden Mammae und ober-

halb des Nabels quer über das Abdomen hinweg sind noch eine Reihe kleiner Defecte der Haut zu sehen mit eingetrockneter, borkiger Geschwürsfläche: ferner vereinzelte, miliare bis senfkorngrosse Defecte oberhalb und im Mons Veneris der rechten Seite. Auf dem Rücken dieselbe grosse Verschwärung, die ungefähr zwei Finger breit über dem oberen Rande der Scapula aufhört. An den Fingern, besonders aber an den Grundphalangen sieht man eine starke Abstossung des Epithels, z. T. mit Geschwürsbildung. Der grösste Teil der Gesässgegend und Perineum bis Anus ist frei und zeigt kleine, braune Flecke. An den Füssen ist die Epidermis macceriert und abgehoben. Unterhalb der Geschwürsfläche ist die Haut gerötet, der Infiltrationsbezirk reicht bis dicht ins Fettgewebe.

Das Diaphragma reicht links bis zum oberen Rand der V., rechts bis zum oberen Rand der VI. Rippe.

In beiden Pleurahöhlen eine rötlich gefärbte Flüssigkeit, desgleichen im Pericard, je 150 ccm.

Pericardium viscerale zeigt Embolien.

Endocardium stark mit Blutfarbstoff imbibiert; Herzsmuskulatur getrübt.

Lunge: Pleura pulmonalis beiderseits hinten emphysematös: an der Spitze des linken Unterlappens ein hepatisierter Abschnitt; weiter abwärts zahlreiche, bronchopneumonische Herde. Rechte Lunge frei beweglich, etwas fleckig gerötet, zeigt schwach infiltrierte, bronchopneumonische Herde, etwas Oedem.

Schädeldach von mittlerer Dicke und Schwere: im Längsblutleiter flüssiges Blut.

Arachnoidea pia lässt diffuse, z. T. fleckige Rötung erkennen: hier und da ist die Färbung missfarben. Besonders rot erscheint immer die Umgebung der grösseren, gefüllten Gefässe.

Die Hirnventrikel sind unverändert, auf der Schnittfläche rechts mehr Blutpunkte wie links.

Abdomen enthält Gas.

Milz stark vergrössert: 17 cm lang, 9 cm breit,

4 cm dick: das retroperitoneale Gewebe ist völlig emphysematös.

Beide Nieren stark vergrössert, Nierenparenchym trübe geschwollen.

Leber geschwollen, ebenfalls parenchymatös.

Uterus stark vergrössert, schlaff, mit Gas gefüllt, Innenfläche desselben missfarbig.

Unser Krankheitsfall bietet an Erscheinungen viel Interessantes dar. Nur kurze Zeit nach dem Erscheinen der ersten Pusteln herrschte ein Zweifel, welche Krankheit hier wohl vorläge. Dann, als immer neue, in Gruppen oder Haufen angeordnete Pusteln in Nachschüben entstanden und nach einer kurzen Zeit des Nässens sich überhäuteten, wurde die Diagnose auf I. h. gestellt, zumal sich auch Fieberparoxysmen einstellten und die Mammae und Innenflächen der Oberschenkel hauptsächlich von dem Ausschlag befallen waren. Bemerkenswert ist das Voraufgehen des Ekzems, welches fast ganz geschwunden war, als sich die Epidermoidalpustelchen nach dem ersten Schüttelfrost zeigten: ob dasselbe hier als selbständige Krankheit oder etwa als Initialstadium der I. h. aufzufassen ist, lässt sich allerdings nicht entscheiden. Immerhin ist letzteres um so eher möglich, als sich mit dem Erscheinen desselben eine allgemeine Mattigkeit einstellte, welche die P. bei der Aufnahme ganz besonders unter ihren Klagen hervorhob. Auffallend ist ferner, wie im Verlauf von kaum 3 Wochen die Kräfte der P. zusehends schwanden und nach so kurzer Zeit bereits der Tod erfolgte. Im Gegensatz zu du Mesnil's Fall zeigte der unserige keine Erkrankung der Mund-, Zungen- und Rachen-Schleimhaut, ferner war die Vaginal- und Analschleimhaut sowie die Vulva frei von Plaques.

Für bestehende Lues fanden sich keine objectiven Symptome vor: es fehlte Leukoderma, Hautgummata, Defluvium capillorum, Narben an den Genitalien, an der Zunge und am Gaumen, ferner Knochenveränderungen, und Ozaena: zwar zeigten sich hier und da geschwollene Lymphdrüsen, aber dieselben waren

auf Druck schmerzhaft, mithin für die Diagnose Lues nicht zu verwerten. Besonders wichtig aber ist, dass bei der Obduction der kindlichen Leiche ebenfalls keine Anzeichen für Lues sich vorfanden: weder konnten Veränderungen an der Grenze zwischen der Diaphyse und der Epiphyse der grossen Röhrenknochen festgestellt werden, noch waren Leber und Milz grösser und schwerer als normal.

Die Untersuchung des Pustelinhaltes auf Mikroorganismen bei Lebzeiten der P. war negativ: eine mikroskopische Gewebsuntersuchung konnte bei der Section nicht vorgenommen werden, da eine Excision zwecklos erschien wegen der bei der grossen Hitze eingetretenen enormen Verwesung.

Die gegen die Hautaffection in Anwendung gebrachte Therapie bestand, wie sie sich auch bei früheren Fällen als am geeignetsten bewiesen hat, hauptsächlich in Bädern und ferner in Salben und Puder: als sehr günstig bewährte sich in unserem Falle auch das Betupfen der nässenden Stellen mit Höllensteinlösung.

Wie in dem Fall von du Mesnil zeigten auch in dem unserigen die Pusteln nicht die gleiche miliare, sondern Stecknadelkopf- bis Linsengrösse. Mithin ergiebt sich, dass in der That Kaposi's Definition nicht genügend weit ist, und dass Duhring mit Recht das Bedürfnis nach mehr Breite und Ausdehnung empfand. Sollten sich daher bei späteren Fällen gewisse Übergangsformen zu ähnlichen Krankheitsbildern oder neue Abweichungen von Kaposi's Definition herausstellen, so würde sich dadurch Gelegenheit bieten, eine weiter umfassende Benennung einzuführen.

Der Umstand, dass bei du Mesnil's Fall sowohl wie bei dem unserigen die Gravidität nicht bis zu dem physiologischen Ende angedauert hat, legt den Gedanken nahe, dass der thermische Reiz des Fieberblutes hierzu Veranlassung gegeben habe, wie dies bekanntlich bei vielen fieberhaften Infectionskrankheiten oft der Fall ist; wird doch die Schwangerschaft häufig

unterbrochen bei Variola, Intermittens, bei der Pneumonie und besonders beim Abdominaltyphus, wo in über 60 % der Fälle vorzeitige Geburt erfolgt!

Interessant ist in unserem Fall auch die Erkrankung an Schwangerschaftsniere und Eklampsie, deren Zusammenhang mit der Erkrankung an I. h. sehr zweifelhaft erscheint. Dass etwa der tötliche Ausgang durch die Eklampsie und nicht durch die Hauterkrankung erfolgt sei, ist höchst unwahrscheinlich, da nur ein eklamptischer Anfall auftrat, die Kranke nach demselben wieder zum Bewusstsein kam, bei der Obduction sich nirgends innere Blutungen vorfanden und endlich die Kranke schon vor dem Auftreten der Eklampsie sich in sehr elendem Zustande befand.

Die Aetiologie ist in unserem Fall ebenso wie in den bisher beschriebenen Fällen unklar. Sowohl der klinische Verlauf — die plötzliche, schwere Erkrankung unter Fieber und Schüttelfrösten und der rasche Verfall der Kräfte — als auch der anatomisch-pathologische Befund — Milztumor und trübe Schwellung der Leber und Nieren — legen die Vermutung nahe, dass es sich bei der I. h. um eine Infectionskrankheit sui generis handele; doch lässt sich für dieselbe objectiv kein sicherer Beweis liefern. Jedenfalls scheint die Schwangerschaft zu der Hauterkrankung eine ganz besondere Disposition abzugeben; denn mit Ausnahme von Kaposi's und Dubreuilh's Fall betrafen alle bisher beobachteten Fälle von I. h. Schwangere oder Wöchnerinnen. Besonders eclatant tritt der Einfluss der Schwangerschaft in dem von du Mesnil berichteten Fall hervor, wo zwar die erste Erkrankung an I. h. in nicht schwangerem Zustande sich einstellte, jedoch bei den nächsten Graviditäten alsbald ein Recidiv auftrat, welches beidemal kurze Zeit nach der spontanen vorzeitigen Beendigung derselben verschwand. Dieser Zusammenhang mit der Schwangerschaft und die günstige Beeinflussung des Leidens in dem letzteren Fall durch vorzeitige Beendigung derselben lässt die

Erwägung nahe liegend erscheinen, ob nicht vielleicht in späteren Fällen die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft in analoger Weise indiciert sei, wie bei der Schwangerschaftsniere. Hierdurch dürfte vielleicht eine günstige Wendung erzielt werden, zumal wenn die allgemeinen Körperkräfte noch nicht sehr erschöpft sind und eventuell auch die Hautaffection noch nicht den ganzen Körper ergriffen hat.

Obgleich die in vorliegender Abhandlung besprochene — allerdings höchst seltene — Hautkrankheit in fast allen Fällen sich bei Schwangeren oder Wöchnerinnen gezeigt hat, so ist sie, wie auch andere, die Gravidität begleitende Hautkrankheiten, dennoch in den neueren Handbüchern der Geburtshülfe, wenn überhaupt, so nur ganz kurz erwähnt, und zwar in den Lehrbüchern von Spiegelberg, Zweifel und Schröder, garnicht dagegen von Fritsch, Müller und Winckel.

Zum Schlusse betrachte ich es als eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Professor Dr. Gusserow, für die gütige Ueberlassung des Falles, und Herrn Stabsarzt Dr. Hochstetter für die freundliche Anregung zu dieser Arbeit, sowie für die liebenswürdige Unterstützung bei Anfertigung derselben und für die gütige Durchsicht meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Monatshefte für praktische Dermatologie von Unna, Hamburg: 1882—1893.

Vierteljahrsschrift resp. Archiv für Dermatologie und Syphilis, herausgegeben vom Prof. Pick in Prag: 1887 bis 1892.

Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhangsgebilde mit ihren Beziehungen zu den Krankheiten des Gesamtorganismus von Hebra.

Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten von Kaposi.

System der Hautkrankheiten von Auspitz.

Lehrbuch der Hautkrankheiten von Neumann.

Lehrbuch der Hautkrankheiten von Lesser.

Lehrbuch der Geburtshülfe von Spiegelberg. (1882).

Krankheiten der Frauen von Fritsch. (1884).

Handbuch der Geburtshülfe, herausgegeben von Müller. (1889).

Lehrbuch der Geburtshülfe von Zweifel. (1889).

Lehrbuch der Geburtshülfe von Winkel. (1889).

Lehrbuch der Geburtshülfe von Schröder. (1891).

Thesen.

I.

Solange das Wochenbett normal verläuft, sind antiseptische Ausspülungen nicht geboten.

II.

Als Entbindungsverfahren bei Vorfall unterer Extremitäten neben dem Kopf kommt meist Wendung in Betracht.

III.

Die Schleich'sche Infiltrationsanästhesie ist da, wo es gelingt, das gesamte Operationsgebiet zu ödemisieren, der allgemeinen Narkose vorzuziehen.

Lebenslauf.

Geboren bin ich, Johannes Breier, evangelischer Confession, Sohn des Geh. Kanzlei-Inspectors Karl Albert Breier, zu Berlin am 15. Januar 1870 und erhielt meine Schulbildung auf dem Askanischen Gymnasium hierselbst, welches ich am 10. September 1889 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Am 12. October 1889 in der medicinischen Facultät der hiesigen Universität inscribiert, welcher ich während meiner ganzen Studienzeit angehörte, wurde ich am Ende des II. Semesters bei dem Herrn Geheimrat Waldeyer und dem Herrn Geheimrat Hartmann (†) Famulus, welches Amt ich bis zum Ende des IV. Semesters bekleidete. Nachdem ich im V. Semester von Herrn Stabsarzt Dr. Goldscheider in der medicinischen Klinik des Herrn Geheimrat Leyden beschäftigt war, war ich im VI. Semester in der gynäkologischen Klinik des Herrn Geheimrat Gusserow 3 Monate lang als Famulus thätig, woran ich mich stets mit Freude und Dankbarkeit erinnern werde. Vom 4. September bis 12. December 1892 war ich von der Cholera-Commission des Hamburger Staates erst in einer Sanitätswache, danach im Hafendienst angestellt. Am 4. November 1891 bestand ich die ärztliche Vorprüfung, am 1. Juli 1893 das Tentamen medicum und am 7. Juli das Examen rigorosum.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen, Kliniken nnd Curse folgender Herren Professoren und Docenten:

v. Bardeleben, Behrend, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Brieger, Busch, Fasbender, A. Fränkel, Fritsch, Gad, Gerhardt, Goldscheider, Gusserow, Hartmann (†), Hertwig, Jolly, Klemperer, L. Lewin, Leyden, Liebreich, A. Martin, Mendel, v. Noorden, Pinner, Preyer, Rabl-Rückhard, Rawitz, Rubner, Schlange, F. E. Schulze, Schweigger, Schwendener, Schweninger, Senator, R. Virchow, H. Virchow, Waldeyer.

Allen diesen meinen hochverehrten Lehrern spreche ich meinen aufrichtigen Dank aus.